Aus der akadem. chirurgischen Klinik in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. F r e y.

Betrachtungen über die Hernia lineae semilunaris Spigelii

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines doctor medicinae

durch die Medizinische Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster

in Gemeinschaft mit

der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von

WOLFGANG ZURN

aus Hiddenhausen i. W.

19 NOLTE 35

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Manteufel
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez.: Frey
1. Berichterstatter

gez.: Coenen
2. Berichterstatter

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Neben den häufig vorkommenden Brüchen, wie z. B. Hernia inguinalis und Hernia femoralis gibt es noch einige, die nur ganz selten beobachtet werden, z. B.: Hernia obturatoria, lumbalis, ischiadica, perinealis, ventralis (Sudeck). Zu den Bauchbrüchen zählt man die Herniae parumbilicales, epigastricae, suprapubicae, lineae semilunaris Spigelii (Graser).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547204_0117

Einen Fall mit Hernia Spigelii incarcerata konnte ich in der Düsseldorfer chirurgischen Klinik beobachten.

Aus der Familienanamnese der 64jährigen Patientin ist zu entnehmen, daß ihre Eltern an Lungentuberculose und ihre Schwester angeblich an Skrofulose gestorben sind. Der Ehemann ist gesund, ebenfalls ihre sechs Kinder.

Als Kind hat die Kranke Masern und Pertussis gehabt. Außer den 6 Geburten hat sie 2 Fehlgeburten überstanden.

Vor 10 Jahren begann ihr gegenwärtiges Leiden. Damals bemerkte sie eine Geschwulst in der Mitte des linken Unterbauches. Beim Husten und Pressen trat diese Verwölbung weiter hervor. Des öfteren machten sich heftige Leibschmerzen, Übelkeit und Erbrechen bemerkbar, die spontan nach einigen Stunden wieder verschwanden. Vor 2 Tagen wurde die Kranke wiederum von heftigen Schmerzen und Erbrechen gequält. Da diesmal auch nach Stunden keine Erleichterung eintrat, kam sie in die Klinik.

Der Untersuchungsbefund ergab, daß die Patientin in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand war. Es bestand Obstipation. Die Bauchdecken waren besonders fettreich, die inneren Organe und das Nervensystem gesund. Bei der genaueren Untersuchung des Abdomens konnte im linken Unterbauch lateral vom Nabel und etwas höher als die Spina iliaca anterior superior sinistra ein kleinfaustgroßer, schmerzhafter Tumor getastet werden, über dem die Haut verschieblich war.

Bei der Operation wurde festgestellt, daß der Bruchsack von der Fascie des Musculus obliquus internus und des Musculus transversus überdeckt wurde. Der Bruchinhalt bestand aus haemorrhagischem Bruchwasser und einer dunkelrot gefärbten Dünndarmschlinge, deren Serosa intakt war. Die Bruchpforte, die durch Fascienübernähung geschlossen wurde, lag am äußeren Rand des Musculus rectus in Höhe der Linea semilunaris Spigelii. Die Operation verlief glatt und die Heilung der Wunde komplikationslos.

Nach völliger Genesung wurde die Patientin noch einmal wegen einer rechtsseitigen Inguinalhernie operiert. Bei dieser Operation wurde auf der gleichen Seite auch noch eine Hernia Spigelii gefunden, deren Bruchpforte ebenfalls geschlossen wurde.

Ungefähr 80 Fälle von Spigelschen Brüchen sind in der gesamten Literatur veröffentlicht worden.

Stühmer, so berichtet A. Sohn, habe 1910 unter 41 seitlichen Bauchwandbrüchen nicht einmal 33⅓% Spigel'sche Hernien gezählt.

Zum ersten Male ist ein Fall von Hernia linea semilunaris Spigelii im Jahre 1764 von Klinkosch publiziert worden. (G. Pozzi).

Da es aus kasuistischen Gründen von Interesse ist, habe ich aus den in der gesamten Weltliteratur seit 1922 veröffentlichten Fällen die wichtigsten herausgenommen und zusammengestellt:

Aisenstein:
Eine Patientin, die infolge einer Hungersnot stark abgemagert war und in ihrem Berufe oft schwere Lasten zu tragen hatte, klagte über Schmerzen rechts im Unterbauch. Übelkeit und Erbrechen stellte sich ein. Zunächst bestand Verdacht auf eine Appendicitis. Bei der genaueren Untersuchung wurden rechts längs der Linea Spigelii zwei walnußgroße Tumoren gefühlt, die sich reponieren ließen und beim Husten oder Pressen wieder hervortraten.

Aisenstein hält die Lücken von Gefäßen und Nerven, die durch die Transversusaponeurose in der Linea Spigelii verlaufen, für eine Praedilektionsstelle. Auslösende Momente sind seiner Meinung nach: Erhöhter Druck in der Bauchhöhle (z. B. Gravidität), plötzliche Erniedrigung des Bauchhöhlendruckes, starke Entwicklung des Unterhautfettgewebes mit nachfolgender Abmagerung.

Angeletti:
berichtet im Z. f. Chir. (1928) von vier Frauen mit einer Spigelschen Hernie; alle hatten mehrfach geboren. Bei zwei Patientinnen bestand der Bruchinhalt aus eingeklemmtem Dünndarm, bei zwei aus Peritoneum. Nur bei einem Fall war die Ursache zur Bruchpfortenbildung die Durchtrittsstelle einer Arterie. Alle Hernien lagen in einer Linie, die von der Spina iliaca anterior superior bis zum Nabel verläuft. Angeletti hält für die schwächste Stelle den Schnittpunkt zwischen der linea Spigelii und Douglasi.
Im C. ges. Chir. (1927) wurde auch schon von diesen vier Fällen berichtet. Zu erwähnen ist aus dieser Publikation noch, daß Angeletti zwei Arten von Praedilektionsstellen unterscheidet:

1. die Gefäßlücken in der Transversusaponeurose und
2. schwache Stellen im Musculus obliquus internus. Es könne manchmal ein subseröses Lipom durch eine derartige Lücke treten und so den nachdringenden Darmschlingen den Weg bahnen.

Apfelthaller:
Eine Patientin, 47 Jahre alt, die 14 Graviditäten überstanden hatte, litt an starken Schmerzanfällen in der linken Seite etwas unterhalb des Nabels. Diese Anfälle traten hauptsächlich nach reichlichen Mahlzeiten und Genuß von blähenden Speisen auf. In der linken Bauchseite war eine eigroße Geschwulst zu fühlen, die seit einigen Tagen sich nicht mehr reponieren ließ. Es traten Einklemmungserscheinungen auf. Die Bruchpforte war, wie sich bei der Operation leicht feststellen ließ, ein Aponeurosendreieck, dessen horizontale und laterale

Seite vom Musculus obliquus int. und dessen mediale Seite vom M. rectus gebildet wurde. Arteria und Vena epigastrica inf. verliefen nahe an der inneren Seite der Bruchpforte nach oben. Die Durchtrittsstelle der Hernie war der Schnittpunkt der beiden schon oben erwähnten lineae Douglas und Spigelii.

A. et René Simon Augé:
Es handelt sich um einen 25jährigen Mann mit einer Hernia semil. Spigelii. Die Ursache dieses Bruches war das Fehlen des M. transv. abd.

Ferner haben A. et René Simon Augé festgestellt, daß der Inhalt der Spigel'schen Hernien aus praeperitonealen Lipomen, meist aber aus Netzteilen oder Darmstückchen besteht. Die Hüllen des Bruchsackes bestünden zu 50% aus Peritoneum, Unterhautzellgewebe und Haut, wobei aber Muskulatur fehle; und bei den anderen 50% sei der M. obl. ext. beteiligt. Die Bruchgeschwulst sei nuß- bis kindskopfgroß. Einklemmungen könnten sehr leicht auftreten. Die beste Therapie sei die Operation und zwar eine Fascienüberpflanzung.

Chr. Bull:
operierte im Jahre 1923 eine Patientin mit einer Hernia lineae Spigelii. Der Bruch war vor 30 Jahren plötzlich bei Überanstrengung als faustgroße Geschwulst links unterhalb vom Nabel aufgetreten. Die Patientin hatte stets selbst die Hernie reponieren können, bis in ihrem 77. Lebensjahre der Bruch sich einklemmte.

Endre Dick:
berechnet die Häufigkeit von Incarcerationen bei Hernia Spigelii auf 40%. Die abdominellen Beschwerden gingen in der Anamnese oft auf Jahre zurück.

Drescher:
Eine 22jährige Arbeiterin hatte bemerkt, daß bei angestrengter Arbeit besonders in gebückter Stellung eine apfelgroße Geschwulst in ihrem rechten Unterbauch unter Auftreten von Schmerzen sich hervorwölbte. Einmal trat hierbei Erbrechen auf. Die Geschwulst ließ sich immer langsam zurückschieben.

Die Untersuchung ergab, daß die Patientin kräftig und in gutem Ernährungszustand war. Die Muskulatur war straff und die inneren Organe waren gesund. Es bestand eine rechtsseitige Hüftluxation. In der rechten Unterbauchgegend war keine Druckempfindlichkeit vorhanden, es ließ sich auch keine Bruchpforte bei der Palpation feststellen. Bei der Operation fand man aber, daß dicht neben dem M. rectus ein markstückgroßer Bruchring lag. Wenn die Patientin preßte, war jetzt auch eine Verwölbung wahrzunehmen.

Drescher hält diese congenitale Hüftluxation für die Ursache dieses Bruches. „Es ist wahrscheinlich, daß die auf derselben Seite bestehende congenitale Hüftluxation in ätiologischer Hinsicht eine Rolle spielt". Seiner Meinung nach wird durch diese Luxation die

Bauchdeckenmuskulatur insofern geschwächt, als eine Verschiebung der Muskelfasern und damit Lückenbildung im M. obl. int. und seiner Aponeurose auftritt.

Die Diagnose sei nicht immer leicht zu stellen, da oft nur unbestimmte Symptome vorhanden wären.

Eiselsberg

veröffentlicht einen Fall, der ihm aus seiner Assistentenzeit bei Billroth in Erinnerung geblieben war: Es war eine Spigel'sche Hernie durch eine Stierhornverletzung entstanden.

Eljasovic

hat eine ebenfalls durch ein Trauma entstandene Hernia semil. Spigelii bei einem 10jährigen Mädchen beobachtet.

Mac Glannan

hat folgenden Fall operiert: Beim Golfspiel verspürte der Patient plötzlich einen dumpfen Schmerz in der linken Seite. Es war dort ein harter, unbeweglicher Tumor zu fühlen, der zunächst als Fibrom diagnostiziert wurde. Bei der Operation wurde ein 3 cm im Durchmesser betragendes Fibrolipom freigelegt, an dessen Ende ein Bruchsack mit adhaerentem Processus epiploicus hing. Das Lipom war entlang einer Gefäßlücke durch die Aponeurose hindurchgedrungen.

Goyena

weist darauf hin, daß Hernia Spigelii meistens nur unbestimmte Beschwerden macht. Es könnten auch manchmal Symptome auftreten wie bei einem ulcus ventriculi.

So berichtet Goyena von einem 23jährigen Patienten mit einer taubeneigroßen, rechtsseitigen Spigel'schen Hernie, die nur unbestimmte, abdominelle Beschwerden machte. Die Ursache war eine Pericolitis adhaesiva im mittleren Teil des Colon transv. und Adhaesionen der vorderen Bauchwand.

Graser:

Eine 50jährige Frau litt im rechten Unterbauch an ziehenden Schmerzen, die gegen die Blase ausstrahlten. Auch anstrengendes Heben verursachte an der gleichen Stelle Beschwerden. Abwärts vom Mac Burney'schen Punkte konnte man einen faustgroßen fluktuierenden Tumor tasten. Bei der Operation wurde von Graser kein Gefäß im Bruchring gefunden.

A. G. I. Hermans

erwähnt, wie die anderen Autoren, daß die Hernia semil. Spigelii sehr häufig bei Frauen, die mehrmals geboren hatten, auftrete; daß der Schnittpunkt der beiden Linien (Linea Douglasi und Linea Spigelii) eine Praedilektionsstelle sei, eine Inkarceration leicht möglich und die Diagnose oft schwer zu stellen sei. Diese Art Hernien würden von manchen Autoren auch als Herniae ventrales laterales bezeichnet.

Kallius:
Ein 41jähriger Mann ist wegen seiner Beschwerden jahrelang als Nierenleidender behandelt worden. Schließlich wurde er wegen Ureterstenose in das Krankenhaus geschickt, wo die Operation zeigte, daß eine Spigel'sche Hernie vorhanden war, deren Inhalt aus Netz bestand.

Kasper:
Wegen einer Inkarceration der Spigel'schen Hernie wurde eine 44jährige Frau operiert. Der Rand der Bruchpforte war derb und fibrös. Links seitlich vom M. rectus, wo die lineae Spigelii und Douglasi zusammentreffen, befand sich der Bruch.

Koljubakin teilt drei Beobachtungen mit:

1. eine 36jährige Frau wurde wegen eines auf der rechten Seite gelegenen Spigel'schen Bruches operiert. Die Bruchhülle bestand aus der Aponeurose des M. obl. ext., dessen Fascie und dem Peritoneum.

2. ein 29jähriger Mann hat eine Hernia Spigelii auf der linken Seite. Der Bruch war faustgroß, und als Inhalt fand man bei der Operation Dünndarmschlingen.

3. eine 52jährige Frau hatte ebenfalls links den gleichen Bruch, aber von Überfaustgröße. Der Inhalt bestand aus Dünndarmschlingen und Bruchwasser.

Koljubakin erläutert die Lage der Linea Spigelii. Sie bilde den Übergang des M. transv. in seine Aponeurose, in der sich Zweige der A. epigastrica inf. befänden, die in der Höhe der Linea Douglasi, wo eine Anostomose zwischen der A. mammaria int. und A. epigastrica inf. verlaufe, eine Praedilektionsstelle für Hernien bildeten.

Die Inkarceration bei Hernia Spigelii, so berichtet Koljubakin im C. ges. Chir. (1926), komme in 40% der Fälle vor. So habe er bei 35 Fällen 14 Einklemmungen gefunden.

Korabelnikov
betont auch, daß es sehr schwer sei, die Diagnose „Hernia Spigelii" zu stellen. Es sei z. B. ein Patient mit Spigel'scher Hernie längere Zeit als Ulcuskranker behandelt worden.

P. Meyer:
Die Patientin ist 45 Jahre alt. Mit 15 Jahren hatte sie einen Tuboovarialabsceß und mußte deswegen 11 Wochen im Spital liegen. Später klagte sie ab und zu im linken Unterbauch über Schmerzen, die nach ihrer 2. Schwangerschaft und nach einer späteren Entfernung eines Uteruspolypen sich verstärkten. An der schmerzhaften Stelle konnte sie eine apfelgroße Vorbuchtung fühlen, die beim Pressen größer wurde. Die Kranke trug deshalb eine Leibbinde. Die Untersuchung ergab, daß die Vorwölbung ungefähr im Bereiche der Linea semil. Spigelii medial von der linken Spina il. ant. sup. lag. Eine vollständige Reposition dieses Bruches war nicht möglich.

Bei der Operation fand man, daß dieser Tumor von der Tube, dem Ovarium, Netzteilen, Dünndarmschlingen und dem Sigmoid gebildet wurde, die alle miteinander verwachsen waren, während im eigentlichen Bruchsack die Flexura coli lienalis und Netz, das teilweise verwachsen war, lagen. Den Bruchsack bedeckte die Aponeurose des M. obl. ext. Die zweifrankenstückgroße Bruchpforte wurde vom M. transv. abd. und M. obl. int. bezw. ihren Aponeurosen eingefaßt.

Als Ursache dieser Hernie führt Meyer durch die Transversusaponeurose verlaufende Gefäße und Nerven an. Der Bruchkanal könne manchmal durch ein praeperitoneal gelegenes Lipom entstehen.

V. Orator:
Ein 67jähriger Metzger hatte vor 15 Jahren, als er einen schweren Sack heben wollte, plötzlich leichte Schmerzen im linken Unterbauch. Dabei war es ihm, als ob etwas im Leibe gerissen sei. Er hatte aber drei Wochen lang keine Beschwerden mehr. Dann trat an der gleichen Stelle eine kleine, weiche Geschwulst hervor, die der Patient selbst reponieren konnte. Sie wuchs mit der Zeit bis auf Kindskopfgröße an. Schmerzen traten zunächst nicht auf. Aber drei Tage vor der Operation wurde der Patient nachts plötzlich durch Schmerzen in der Geschwulst aufgeweckt, die jetzt auch von härterer Konsistenz war als früher. Außerdem merkte der Patient, daß die Winde gleichsam in dem Tumor festgehalten wurden. Durch Auflegen von warmen Tüchern ging die harte Geschwulst wieder zurück. Nach einiger Zeit trat sie aber wieder hervor, ohne sich reponieren zu lassen. Bei der Untersuchung wurde festgestellt, daß ein überfaustgroßer, harter, aber elastischer Tumor im linken Unterbauch handbreit von der Linea alba und 3—4 Querfinger unter der Nabellinie lag. Beim Perkutieren hörte man einen hellen, tympanitischen Klopfschall. Es wurde eine Röntgenaufnahme gemacht: Bei Seitwärtsdrehung des Patienten konnte die Geschwulst gut im Unterbauch gesehen werden. In ihrer Mitte stand ein Flüssigkeitsspiegel, über dem sich Luft befand. Bei der Operation ließ sich genau feststellen, daß die Bruchgeschwulst sich unterhalb der Aponeurose des M. obl. ext. hervorwölbte. Orator nennt sie deshalb eine subaponeurotische Hernie. Dreimarkstückgroß war die Bruchpforte, die neben dem äußeren Rand des M. rectus lag. Im Bruchsack, der aus den Sehnenplatten des M. obl. int. und M. tranv. bestand, befand sich etwas haemorrhagisches Bruchwasser. Den Inhalt der Hernie bildete die geblähte, livide, verfärbte, um 90° gedrehte Flexura sigmoida. Im inneren, unteren Rand der Bruchpforte verliefen die Vasa epigastrica.

Petrivalsky
erörtert die Ätiologie der Spigel'schen Hernie: Wird der M. obl. int. angespannt, (wie z. B. bei anstrengendem Heben) so ist es möglich, daß sich in dem medialen Teil seiner Muskulatur dort, wo ihm nicht mehr der Transversusmuskel als Stütze mithilft, und am Übergang der Muskelfasern in die Sehnenplatte oder direkt in dieser

Spalten bilden. Bei 20 Sektionen ließen sich in 10 Fällen diese Spalten in der Höhe der interspinalen und umbilicospinalen Linie feststellen. Diese Lücken, die bei 5 Leichen mit Fettgewebe angefüllt waren, hatten eine Länge von 3—4 cm und eine Breite von ½—1 cm. Gefäße und Nerven drangen nirgends durch. Die Spalten können in verschiedener Höhe liegen; die Durchtrittsmöglichkeit von Nerven und Gefäßen ist dann gegeben.

Rybakov
hat drei Fälle von Hernia Spigelii gesehen. Seiner Meinung nach entsteht diese Bruchart durch Schwäche der Bauchaponeurose. Als Praedilektionsstellen wären die Durchtrittsstellen der Rami perforantes zu betrachten.

Torsten Sandelin:
Eine 52jährige Frau, die sechs Schwangerschaften durchgemacht hat, leidet seit 7 Jahren an einem Bruch in der Linie zwischen Nabel und der Spin. il. ant. sup. sin. Niemals hat sie Einklemmungserscheinungen gehabt. Bei der Operation wurde die Bruchpforte in der Linea semil. Spigelii gefunden. Ein gänseeigroßes Lipom war die Ursache zur Bruchbildung gewesen. Neben dem Bruch verliefen an der medialen, unteren Seite des Bruchhalses eine größere Arterie und Vene.

Luigi Silvestrini
hatte zwei Fälle von Hernia ventralis Spigelii, wie er die Spigel'sche Hernie nennt, in Behandlung. Beide Patienten waren Frauen. Als Ursache für die Entstehung kommen nach Meinung Silvestrinis in Frage:

Fettsucht, zahlreiche Graviditäten und Unterleibstumoren. Der Bruchring bestehe aus den Aponeurosen des M. obl. int. und M. transv. abd. Da die Ränder der Bruchpforte sehr kräftig und scharf seien, würden die Eingeweide bei einer Einklemmung leichter geschädigt als bei den anderen Hernien.

Adolf Sohn
weist in dem Artikel „Zur Kenntnis der Hernia der Linea semil. Spigelii" darauf hin, daß diese Art von Brüchen sehr selten vorkomme. Stühmer habe 1910 unter 41 seitlichen Bauchwandbrüchen nicht einmal 33⅓% Spigel'sche Hernien gefunden. Eine 45jährige Spinnersehefrau, die 13 Geburten und eine Fehlgeburt überstanden hat, ist vor 12 Jahren wegen einer Verletzung des Bauchnetzes bei einer Entbindung operiert worden. Seit dieser Zeit hat sie öfters Gallensteinkoliken gehabt. Nach jeder der drei letzten Geburten ist eine Appendicitis aufgetreten. Seit einem halben Jahre neigt die Patientin zu Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Erbrechen hätte sie nie. Die Untersuchung ergibt, daß bei ihr der Würgreflex erloschen, die rechte Unterbauchgegend druckempfindlich und medialwärts von der Spin. il. ant. sup. dextr. eine rundliche Geschwulst zu fühlen ist. Bei der Operation wird am äußeren

Rectusrand eine fünfmarkstückgroße Bruchpforte mit derbem, fibrösem Rand gefunden. Der ungefähr enteneigroße Bruchsack war durch die Aponeurose des M. obl. int. und einen Teil der Rectusscheide hindurchgedrungen. Sein Inhalt bestand aus freiem Netz. Sohn ist auch der Meinung, daß die Spigel'schen Hernien meistens in Höhe der Interspinal- oder Umbilicospinallinie am äußeren Rand des M. rect. zu finden sind. Französische Autoren, so sagte er, hätten behauptet, daß ein öfters zu findender, nicht regelrechter Verlauf der A. epigast. inf. die Ursache sei. An dieser Stelle überkreuze häufig ein starker Nebenast der A. epigast. inf. den Arcus Douglasi, der dann in der Fascia transv. ende. Wird nun diese kleine Lücke z. B. durch subperitoneal gelegene Lipome etwas erweitert, so ist die Disposition für einen Bruch vorhanden.

Sohn erklärt sich die Entstehung der Hernia Spigelii folgendermaßen: die schwächste Stelle ist an dem Schnittpunkt zwischen der Linea Douglasi und Linea Spigelii. Oberhalb der Douglas'schen Linie verläuft der M. transv. nach der Mitte zu und hilft, die Sehnenplatte des M. obl. int. unterstützen, aber unterhalb dieser Linie nicht mehr. Wird nun ein starker Druck gegen diese Stelle ausgeübt, wie z. B. durch Graviditäten, oder chronische Obstipation, so gibt sie nach, und das Peritoneum kann hindurchtreten. Es ist möglich, daß ein scharfer Einriß in der Aponeurose entsteht, der parallel zur Linea Douglasi nach der Seite verläuft.

Folgende Fälle erwähnte Sohn noch:

1. Schoofs operierte einen 23jährigen Mann, bei dem rechtsseitiger Kryptorchismus bestand, und der auf der gleichen Seite eine Hernia Spigelii incarcerata hatte. Als bei der Operation die Bruchhülle durchtrennt war, wurde der äußere Rand des M. rect. und in einer Fascienlücke daneben der Hoden sichtbar. Einige Gefäße verliefen durch diese Öffnung.

2. Robinson operierte eine 70jährige Frau mit einer eingeklemmten Spigel'schen Hernie, die durch Lücken zwischen den Fasern des M. obl. int. und M. transv. hindurchgedrungen war. Der Inhalt des Bruches, dessen Pforte sehr schmal war, und sich seitwärts neben der Linea Spigelii erstreckte, bestand aus Dünndarmschlingen und Verwachsungen des Netzes.

3. Coley berichtet von einem 53jährigen Mann, der nach einem Sturz vom Pferde über Beschwerden rechts im Leib klagte. Zunächst hatte Coley an Appendicitis gedacht. Bei der Operation fand er aber neben dem M. rect. einen hühnereigroßen Bruchsack, dessen Pforte an der Stelle des Mac Burn'schen Punktes lag und von derben Fascienstreifen der Transversusaponeurose begrenzt war. Der Bruchinhalt war eine Coecumschlinge.

4. Eine 57jährige Frau, die 5 Schwangerschaften überstanden hatte, kam zu Stühmer, weil sie auf der rechten Bauchseite eine Vor-

wölbung wahrgenommen hatte. Dieser fühlte bei der Untersuchung medial vom Mac Burn'schen Punkt einen stachelbeergroßen Bruch und außerdem einen scharfrandigen Bruchring, durch den man mit dem Finger in die Tiefe eindringen konnte. Die Bruchpforte lag im Bereiche der Linea Spigelii. Der Bruchinhalt, der sich höckerig anfühlte, bestand aus verkalktem Peritoneum, mit dem teilweise das Omentum maius verwachsen war. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich bei der Verkalkung um eine alte Bauchfelltuberculose handelte.

5. Interessante Untersuchungen hat Steimker an der Leiche eines 50jährigen Mannes angestellt, der eine Hernia Spigelii sinistra gehabt hatte. Medialwärts von Spin. il. ant. sup. sin. befand sich an der inneren Bauchwand eine runde 3 cm weite Bruchpforte mit derbem Rand. Von hier aus ging der vom Peritoneum gebildete Bruchsack 4 cm tief in die Bauchmuskulatur. Im M. obl. int. war eine dreieckige Lücke, die mit lockerem Bindegewebe ausgefüllt war. Die Spitze des Dreiecks bildete die Spin. il. ant. sup. sin., die Basis der M. rect. Oben wurde dieser Spalt vom unteren Teil des M. transv. mit einem Teil des M. obl. int. begrenzt. Diese dreieckige Lücke wurde durch Transversusfasern in einen größeren nach der Mitte zu gelegenen Teil gespalten, durch den die Hernie ihren Weg nahm, und in einen kleinen lateralen. Letzteres war nun eine schmale Durchbruchsstelle für einen Zweig des Nervus iliohypogastricus und der Arteria circ. ilium prof. Außerdem war diese kleine Öffnung noch mit Bindegewebe ausgefüllt. Auf der Außenseite des Bruchsackes hatte sich ein feines Arteriennetz ausgebreitet, das wahrscheinlich zur Nährung des Sackes diente. v. Steimker vermutete, daß diese feinen Arterien mit der in nächster Nähe verlaufenden A. epig. inf. in Verbindung ständen. Den Inhalt bildete ein Netzteil.

Antonin Vana

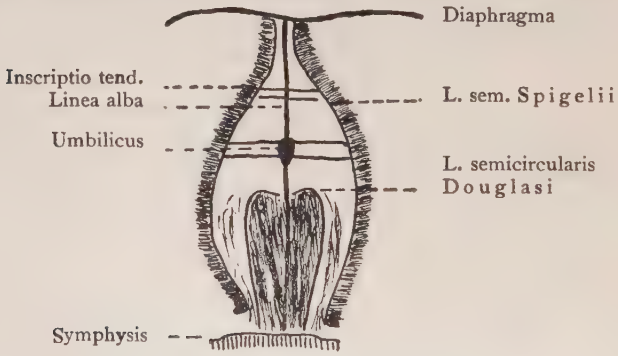
beschreibt einen Fall von Hernia Spigelii, bei dem der obliterierte Bruchsack eine Cyste bildete. Der Bruch war bei anstrengendem Heben entstanden. In der Gegend des äußeren Leistenrandes konnte Vana einen taubeneigroßen Tumor fühlen, dessen Stiel — wie die Operation ergab — 5 cm von der äußeren Öffnung des Leistenkanals und 2 cm von dem äußeren Rande der Rectusscheide entfernt durch eine quere Öffnung in der gemeinsamen Aponeurose der schrägen Bauchmuskeln und weiter durch einen Spalt zwischen den Muskelbünden des M. obl. int. in die Bauchhöhle führte. Daß auch die Aponeurose des M. obl. ext. an der Durchtrittsstelle beteiligt ist, erklärt sich nach Vanas Meinung aus der Stellung, die der Patient bei dem Heben inne hatte. Es wurden die Bauchmuskeln stark angespannt und dabei fest aufeinandergelegt, sodaß sie gewissermaßen eine einheitliche Schicht bildeten und der Riß durch die gesamte Schicht verlief.

Zusammenfassend läßt sich aus den verschiedenen Fällen folgendes sagen:

Für die Entstehung der Hernia Spigelii können Durchtrittsstellen von Gefäßen und Nerven, Spalten in den Muskelbündeln oder Fascien und schwache Ausbildung der Aponeurosen verantwortlich gemacht werden. Selbstverständlich ist es, daß die Entstehung der Hernia Spigelii wie z. B. auch bei den Leistenbrüchen durch Überanstrengung in der Arbeit und im Sport, durch Graviditäten, praeperitonealgelegene Lipome, Unterleibstumoren, reichliche Mahlzeiten, Traumen und durch Anormalitäten im Körperbau begünstigt wird. Als Ursache kommen auch Erkrankungen in Frage, die zu teilweisen Verschwärungen der Bauchwand geführt haben, und Quetschungen mit subkutaner Zerreißung der Muskeln und Blutergüssen. (Graser).

Der Schnittpunk zwischen der Spigel'schen Linie, die die Übergangslinie des M. transv. abd. in seine Aponeurose bildet (s. Zeichnung) und der Linea Douglasi ist eine Praedilektionsstelle für Hernien, da hier die Aponeurose sehr dünn ist. Die Spigel'schen Brüche liegen fast alle auf einer Linie, die von der Spina il. ant. sup. bis zum Nabel verläuft (Angeletti).

Vordere Bauchwand von hinten gesehen (Tandler).



Die Größe der Hernia Spigelii kann sehr verschieden sein. Von Tauben- bis Enteneigröße. Nach der Meinung Rost's beruht das Größerwerden eines Bruches auf einem richtigen Wachstum des Bruchsackes oder auf dem Nachgleiten des sich noch im Abdomen befindlichen Peritoneums. Wenn der Bruchsack sich weiter ausdehnt, so ist es einmal möglich, daß er sich zwischen den Bauchmuskeln ausdehnt, oder, daß er durch diese hindurchdringt bis unter die Haut.

Die Bruchhüllen bestehen aus Haut, Unterhautzellgewebe und Peritoneum; der M. obl. abd. ext. kann sich auch daran beteiligen. Den Inhalt bilden praeperitonealgelegene Lipome, meist aber Teile von Netz oder Darm (z. B. Dünndarm- oder Coecumschlingen, Flexura coli lienalis).

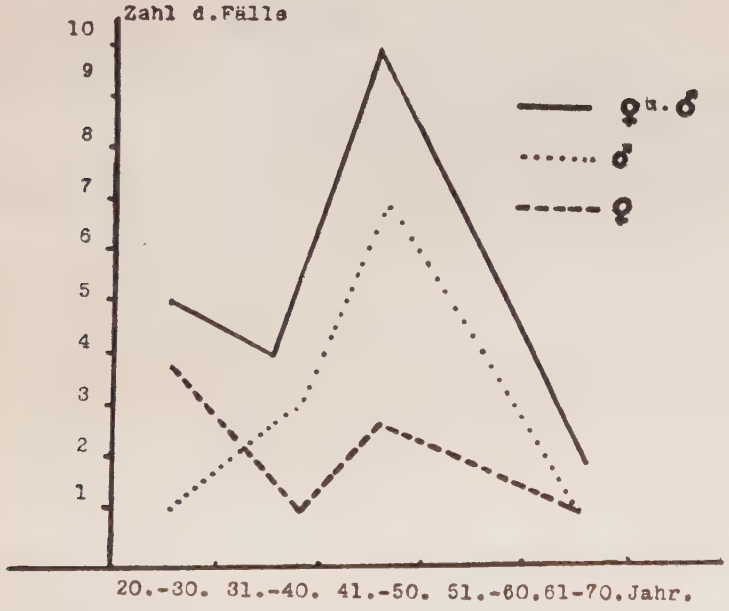
Am meisten sind es Frauen, bei denen diese Art von Brüchen vorkommen. Bei 40 Fällen war 29 mal das weibliche Geschlecht beteiligt (75%). Wie sich die Hernia Spigelii auf das Alter verteilt, zeigt folgende Statisik, zu der ich 29 Fälle durchgesehen habe:

Auf das Alter von 21—30 Jahren fallen 5 Fälle, davon sind 4 männl. und 1 weibl. Geschlechtes.

31—40 Jahren 4 Fälle, davon 3 weibl. und 1 männl. Geschlechtes.
41—50 Jahren 10 Fälle, davon 7 weibl. und 3 männl. Geschlechtes.
51—60 Jahren 6 Fälle, davon 4 weibl. und 2 männl. Geschlechtes.
61—70 Jahren 2 Fälle, davon 1 weibl. und 1 männl. Geschlechtes.

Die Älteste von diesen Bruchkranken ist eine Frau mit 77, die jüngste ein Mädchen mit 10 Jahren. Bei Letzterer war ein Trauma die Ursache. (L. Eljasovic).

Anschaulicher ist die folgende Kurve, die einmal zeigt, daß die Spigel'schen Brüche am häufigsten in den Jahren zwischen 41 und 50 vorkommen; andermal, daß, wie schon oben erwähnt, diese Brüche am meisten bei den Frauen auftreten, und daß die Hernia Spigelii bei Männern im Alter von 21—30 Jahren häufig zu finden ist.



Die Diagnose „Hernia Spigelii" ist bei Fettleibigkeit der Kranken und Kleinheit des Bruches schwer zu stellen (Sudeck). Meistens sind auch nur unbestimmte, abdominelle Beschwerden vor-

handen. Die Symptome sind ähnlich wie bei den epigastrischen Hernien (S u d e c k): unbestimmter, selten lokalisierter Schmerz bei der Anspannung der Bauchmuskeln, der bei Rückenlage wieder verschwindet. In der Anamnese finden sich manchmal weiter nichts als jahrelange Beschwerden dieser Art. Besonders gehören hierher ziehende Schmerzen und Unbehagen im Leib. Letzteres läßt auf Verwachsungen des Omentum maius mit dem Bruchsack schließen (A. S o h n). So werden leicht Fehldiagnosen gestellt, wie z. B. Ulcus ventriculi, Appendicitis oder sogar Ureterstenose.

Als Komplikationen können hinzutreten: Hernia S p i g e l i i auf beiden Seiten, Inguinalhernien, Tubo-ovarialabsceß, Tuberkulose des im Bruchsack befindlichen Netzes und schließlich und am häufigsten die Inkarceration, zu der es bei 40% der Fälle kommt. Die Einklemmungen sind wegen der infolge der scharfen Bruchränder schnell eintretenden Gangraen besonders gefährlich.

Konservative Therapie hat keinen Zweck. Einzig und allein ist die chirurgische Behandlung angezeigt, die in der Exstirpation des Bruchsackes, Excision des Bruchringes und schichtweisen Vereinigung der Bruchpfortenränder besteht (S u d e c k).

Die Prognose ist stets gut, wenn die Operation früh genug (d. h. sobald die Diagnose gestellt ist) vorgenommen wird.

Zusammenfassung:

1. Beschreibung einer Beobachtung mit linksseitiger, eingeklemmter und gleichzeitig rechtsseitiger, unkomplizierter Hernia S p i g e l i i mit einer Hernia inguinalis dextra.

2. Besprechung des Schrifttums über Hernia S p i g e l i i.

3. Genese, Diagnose, Therapie und Prognose werden erörtert.

LITERATUR-VERZEICHNIS

Aisenstein, I.: C. ges. Chir., 1929, Bd. 45, Heft 6, S. 351: „Zur Frage der Hernien der Linea semilunaris Spigelii".

Andlers, Rud.: C. ges. Chir., 1924, Bd. 24, H. 9, S. 286: „Über die Ätiologie der Hernia ventralis laterialis spuria".

Angeletti: Z. f. Chir., 1928, Nr. 18, S. 1152 und C. ges. Chir., 1927, Bd. 38, H. 8, S. 512: „L 'ernia spontanea della linea semilunare di Spigelio".

Apfelthaller, M.: C. ges. Chir., 1925, Bd. 24, H. 3, S. 128: „Zur Kasuistik der Hernia ventralis Spigelii".

Augè A. et R. S.: C. ges. Chir. 1922, Bd. 15, H. 4, S: 168: „Contribution à l'étude des hernies de la ligne semilunaire de Spigel".

Bull, Chr.: C. ges. Chir., 1924, Bd. 25, H. 2, S. 106: „Ein Fall von eingeklemmtem Bruch der Linea semilunaris Spigelii".

Dick, Endre: C ges. Chir., 1930, Bd. 51, H. 14, S. 840: „Beiträge zur Diagnostik der Hernia lineae semilunaris Spigelii".

Drescher, A.: Z. f. Chir., 1924, Nr. 26, S. 1400: „Beitrag zur Lehre von der Hernia Spigelii".

Eiselsberg: Z. f. Chir., 1924, Nr. 25, S. 1352: „Hernia Spigelii".

Eljasovic, L.: C. ges. Chir., 1933, S. 832: „Hernia Spigelii".

MacGlannan: C. ges. Chir. 1928, Bd. 42, H. 7, S. 443: „Zur Frage der Hernia Spigelii".

Goyena, I. R.: Z. f. Chir., 1927, Nr. 39, S. 2489: „Hernia de la linea semilunar de Spigelio".

Graser: Handbuch d. Chir. von Garré-Küttner-Lexer, Bd. III, S. 653: „Hernie der linea semicircularis Spigelii".

Hermans, A. G. I.: C. ges. Chir., 1925, Bd. 32, H. 3, S: 146: „Hernia ventralis lineae semilunaris Spigelii".

Kallius: Klinische Wochenschrift, 1932, Bd 1, Nr. 10, S. 436: „Hernia Spigelii".

Kasper: Z. f. Chir., 1924, Nr. 25, S. 1352: „Inkarcerierte Hernia lineae semilunaris Spigelii".

Koljubakin, S.: C. ges. Chir., 1924, Bd. 24, H. 2, S. 51: „Zur Frage der Hernien der Linea Spigelii" und 1926, Bd. 33, H. 2, S. 112: „Hernia lineae Spigelii".

— Z. f. Chir., 1924, Nr. 10, S. 412: „Über Hernien der Linea Spigelii".

Korabelnikov: C. ges. Chir., 1932, Bd. 56, H. 4, S. 236: „Hernia lineae Spigelii".

Meyer, P.: Z. f. Chir., 1926, Nr. 31, S. 1949: „Zur Lehre von der Hernia Spigelii".

Orator, V.: D. Z. f. Chir., Bd. 237 (1932), S. 524: „Zur Klinik der seitlichen Bauchbrüche".
Petrivalski, I.: Z. f. Chir. 1915, Nr. 5, S. 76: „Zur Ätiologie der Spigelschen Hernie".
Pozzi: C. ges. Chir., 1931, Bd. 55, H. 8, S. 481: „L'ernia della linea semilunare di Spigelio".
Rost: Path. Phys. d. Chir. S. 212.
Rybakov, G.: C. ges. Chir., 1928, Bd. 42, H. 7, S. 443: „Zur Frage der Hernia Spigelii".
Sandelin, T.: C. ges. Chir., 1923, Bd. 20, H. 1, S. 22: „Über Brüche in der Linea semilunaris Spigelii".
Silvestrini, L.: C. ges. Chir., 1930, Bd. 51, H. 1, S. 29: „Contributo allo studio d'ell ernia ventrale di Spigelio".
Sohn, Adolf: Z. f. Chir., Bd. 175, S. 204: „Zur Kenntnis der Hernia der Linea semilunaris Spigelii".
Sudeck: Chir. Operationslehre von Bier-Braun-Kümmel, Bd. 4, S. 87.
Tandler, Jul.: Lehrbuch d. system. Anatomie, Bd. I, Fig. 229.
Vana, Antonin: C. ges. Chir., 1925, Bd. 29, H. 1, S. 38: „Seltene Hernien".

Zum Schluß möche ich Herrn Oberarzt Dr. Duschl für die freundliche Überlassung des Themas und einschlägigen Materials meinen verbindlichen Dank aussprechen.

LEBENSLAUF.

Am 24. Juni 1908 wurde ich, Wolfgang Zürn, als Sohn des prakt. Arztes Rudolf Zürn, in Mölbis b/Leipzig geboren. Im Jahre 1913 verlegte mein Vater seine Praxis nach Hiddenhausen i/Westf., wo ich von 1914 bis 1919 die Volksschule besuchte. 1919 ging ich zum Realgymnasium nach Bünde i/W.; dort bestand ich 1929 die Reifeprüfung. Im ersten vorklinischen Semester studierte ich in Tübingen, die übrigen vier in Leipzig, wo ich im Juli 1931 die ärztliche Vorprüfung bestand.

In den klinischen Semestern besuchte ich die Medizinische Akademie in Düsseldorf. Dort machte ich im Herbst 1934 das Staatsexamen.